



SOLICITUD PARA EL SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS

Aviso Importante: Si usted necesita alguno de los siguientes servicios, por favor pídalos. Estos servicios son gratis:

- Un intérprete. Llame al 2-1-1, al 1-800-926-2588 ó TDD 208-332-7205. Ayuda llenando este formulario. Arreglos para una discapacidad.

Esta es una solicitud para el Seguro de Salud para Niños solamente. Si desea solicitar seguro de salud para adultos u otros servicios, tales como cupones de alimentos o asistencia monetaria, usted necesita completar la Solicitud para Obtener Asistencia (Application for Assistance).

Instrucciones: Lea todas las preguntas e instrucciones con cuidado. Lea el reverso de cada página para obtener más información que le ayudará a entender nuestros programas y servicios. Complete la solicitud y regrésela tan pronto como le sea posible. Si necesita proveer más información y no hay suficiente espacio, adjunte páginas adicionales.

¿Qué idioma prefiere? Hablar _____ Escribir _____

¿Desea a un intérprete si se le entrevista? Se le proveerá uno sin costo alguno.

Información sobre el Padre de Familia o el Cuidador

Provea la siguiente información sobre el padre de familia o el cuidador que vive con los niños nombrados en esta solicitud para el Seguro de Salud para Niños.

Use las iniciales a la derecha para indicar su estado civil y su raza.

NOTA: Sus respuestas a la Raza y a Hispano/Latino son opcionales.

Iniciales para la Raza

Indio americano/nativo de Alaska.AL
Nativo de Hawaii/Isla del Pacifico.HP
BlancoWH Negro.....BL
Asiático ... AS

Iniciales sobre el Estado Civil

Casado MA Nunca se ha casado NM
Divorciado . DI SeparadoSE
Viudo. . . WI

Adulto #1	Nombre: (Primero) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____		Otros Nombres que ha usado (si hay alguno) _____				Parentesco a los niños: _____
	# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil _____	Raza _____	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ # de ID de tarjeta de residente: _____
Adulto #2	Nombre: (Primero) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____		Otros nombres que ha usado (si hay alguno) _____				Parentesco a los niños: _____
	# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento _____	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil _____	Raza _____	¿Hispano o Latino? (opcional) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ # de ID de tarjeta de residente: _____
Dirección de la casa _____		Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____		País _____	
Dirección de correo (si es diferente) _____		Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____		País _____	
Número de teléfono durante el día (de trabajo, casa, o celular) _____			Si no lo hay, ¿dónde podemos dejar mensaje? # de teléfono: _____			Correo electrónico _____	

Información sobre la Salud del Niño

Anote los nombres de sus hijos que quieren ayuda manejando su peso.

Nombre: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Nombre: _____ Peso: _____ Estatura: _____

Anote los nombres de sus hijos que quieren ayuda dejando de fumar o de usar productos de tabaco. (Nombre) _____ (Nombre) _____

¿Le gustaría que escojamos a un médico para sus hijos? (Ver "Escogiendo un Doctor" al reverso de la página 1 para más información) No Sí

¿Hay alguien su hogar que ya está recibiendo servicios o solicitando servicios de uno de los siguientes programas? Por favor marque todas las que aplican.

(Su respuesta a esta pregunta no afectará la elegibilidad de su hijo para recibir seguro de salud.)

- Bebé y Niño Pequeño Salude Mental para Niños Discapacidades de Desarrollo en los Niños En adopción temporal o Asistencia con una adopción

EL SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS es provisto por los planes de salud de Idaho para ayudarle a obtener seguro de salud para niños dependientes en su casa. Usted puede escoger un plan que está basado en las necesidades de salud de sus hijos:

El Plan Básico es para niños de bajos recursos con necesidades de salud promedio. Dependiendo de la cantidad de los ingresos de su familia, tal vez haya un cobro de \$10-\$15/mes por cada niño elegible asociado con este plan.

El Plan Mejorado es para personas con discapacidades o con necesidades de salud especiales. Este plan incluye todos los beneficios en el Plan Básico y con beneficios adicionales.

La Tarjeta de Acceso para Niños ayuda a pagar las primas para un seguro de salud privado para familias que tienen ingresos más altos. Este programa puede ayudar a pagar las primas de hasta \$100/mes por niño, con un límite de \$300 por familia cada mes. Si es elegible para este plan y su hijo actualmente no tiene seguro de salud, usted puede agregarlo al plan de seguro patrocinado por su empleador o puede registrarlo en un plan de salud privado de su gusto. Usted será responsable de cualquier pago restante de la prima, del co-pago y deducibles.

Usted puede decidir **NO** matricular a sus hijos en el plan que llena sus necesidades de salud. Usted puede decidir matricular a sus hijos en el plan Medicaid Estándar. El plan Medicaid Estándar no incluye medicinas con receta médica, ciertos beneficios de prevención y de bienestar, terapias, servicios dentales, servicios para la visión y otros servicios. Si no desea matricular a sus hijos en el plan de beneficios que llena las necesidades de salud de sus hijos, usted debe informarle al trabajador de auto suficiencia.

ENVÍE LA SOLICITUD a la siguiente dirección o número de fax:

Idaho Dept. of Health and Welfare

Family Medicaid

150 Shoup Ave., Suite #5

Idaho Falls, ID 83402-3635

Fax: 1-208-528-5980

Teléfono: 1-866-326-2485

Para determinar la elegibilidad de su hijo necesitamos los siguientes comprobantes:

- El Número de Seguro Social o comprobante de que ha solicitado uno para su hijo.
 - Tarjeta de residente permanente (si no es un ciudadano estadounidense) u otros documentos de residencia.
 - Otro seguro de salud que tiene para su hijo.
 - Ingresos u otro dinero que recibe su hogar, tales como talones de cheques de los últimos 30 días o declaraciones de impuestos federales actuales, si tiene su propio negocio.
- El proveer este comprobante puede acelerar el proceso de determinación.

- La ciudadanía estadounidense e identidad para los que solicitan un plan de salud en Idaho. La ley federal requiere que todos los participantes en el plan de salud de Idaho que dicen ser ciudadanos estadounidenses muestren un comprobante en papel de su ciudadanía estadounidense e identidad. Muchos documentos serán aceptables para mostrar la ciudadanía estadounidense e identidad. Si su hijo está matriculado en Medicare o recibe Ingreso de Seguro Suplemental (SSI), o es un extranjero que califica, él/ella no será afectado por esta ley. **El Departamento sólo puede aceptar los documentos originales o que han sido certificados.** Su trabajador le pedirá este comprobante en un aviso más después. Si necesita ayuda obteniendo estos documentos, si necesita más tiempo, o tiene preguntas sobre qué documentos podemos aceptar, por favor contacte a la oficina de Medicaid Familiar tan pronto como pueda

Escogiendo a un Doctor: La mayoría de niños que reciben seguro de salud del estado (el Plan Básico o el Plan Mejorado) deben registrarse en el Programa Conexiones Saludables, a menos que califiquen para una exención, tal como el tener una relación actual con un doctor que no participa en Conexiones Saludables. El registrarse significa que usted escoge un doctor o clínica que le guiará con el cuidado de la salud. Asegúrese de anotar el doctor o clínica de su gusto en la página 2, en la casilla que dice CLÍNICA/DOCTOR. Usted también tiene la opción de que el programa de Conexiones Saludables escoja a un doctor por usted. Los detalles sobre los planes de seguro de Idaho y de Conexiones Saludables están disponibles en www.healthandwelfare.idaho.gov.

SI SU HIJO RECIBE EL SEGURO DE SALUD PARA NIÑOS, usted debe reportar cambios, tales como:

- Cambio de dirección o número de teléfono
- Cambio en el Número de Seguro Social
- Si su hijo sufre alguna discapacidad
- El nacimiento de un bebé (su hijo o de otro miembro de la casa)
- Obteniendo o perdiendo el seguro de salud (patrocinado por un empleador o de un plan privado)

COOPERACIÓN CON EL SOSTENIMIENTO DE LOS NIÑOS: Si se le otorga el seguro de salud para un menor y uno o ambos padres no viven en la casa, se abrirá un caso para el sostenimiento de un niño. Si usted recibe beneficios para usted mismo como adulto, debe cooperar con los Servicios para el Sostenimiento de los Niños para evitar una pérdida o disminución en sus beneficios, a menos que tenga miedo de que le lastimen a usted o a sus hijos.

¿AFECTARÁ MI HABILIDAD DE CONVERTIRME EN CIUDADANO SI TENGO EL SEGURO DE SALUD DE ESTADO?

De acuerdo a los Servicios de Ciudadanía Estadounidense e Inmigración, si usted **NO** tiene una tarjeta de residente, los miembros de su familia que son elegibles pueden usar beneficios que no son monetarios, esto incluye el seguro de salud, sin lastimar sus posibilidades de obtener una tarjeta de residente, de hacerse ciudadano estadounidense o de patrocinar a parientes en el futuro.

¿TENGO QUE PROVEER MI NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (NSS) Y MI ESTADO DE CIUDADANÍA?

Algunos miembros de la familia de los solicitantes pueden decidir no solicitar servicios del Departamento de Salud y Bienestar. En ese caso, ellos no tienen que proveer un número de seguro social ni su estado de ciudadanía. Los beneficios para los solicitantes no se atrasarán ni serán negados a causa de que algunos miembros de la familia no solicitan servicios.

Para que un niño reciba el seguro de salud del estado, debe tener un número de seguro de salud o solicitar uno. Usted sólo tiene que darnos la información sobre la ciudadanía o el estado de inmigración de las personas que desean el seguro de salud para niños.

Nosotros podemos ayudarle a solicitar un NSS y los beneficios no serán negados ni atrasados mientras que su solicitud está siendo procesada. Necesitamos el NSS para ayudar a establecer la paternidad, para obtener sostenimiento de un niño y cambiar o reforzar las órdenes para el sostenimiento de los niños, incluso el seguro médico para un niño. Los NSS no serán dados a los Servicios de Ciudadanía Estadounidense e Inmigración.

¿EXISTE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD PARA LOS SOLICITANTES?

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), el Departamento de Salud y Bienestar tiene prohibido discriminar a causa de la raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Para registrar una queja de discriminación, contacte al HHS:

U.S. Department of Health / Human Services
Room 506 F, 200 Independence Ave. SW
Washington, D.C. 20201
ocrcomplain@hhs.gov
(202) 619.0403 (Voz)
(202) 619.3257 (TTY)

HHS es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidad.

Información sobre el Ingreso del Hogar

Anote todo el dinero recibido o que espera recibir por todos los miembros del hogar. Incluya todo el ingreso de trabajo (antes de impuestos), del Seguro Social, del sostenimiento de un niño, de desempleo, propinas, regalos o préstamos de dinero, ayuda financiera estudiantil, etc. (Incluya el ingreso de todos los adultos). Si tiene su propio negocio, se le pedirá que provea la declaración de impuesto federal más reciente.

TIPO DE DINERO RECIBIDO	QUIÉN GANÓ/RECIBIÓ EL DINERO	NOMBRE DEL EMPLEADOR	CADA CUÁNTO PAGAN	\$ POR HORA	HORAS POR SEMANA	CANTIDAD MENSUAL TOTAL
			<input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces al Mes	<input type="checkbox"/> Cada Mes <input type="checkbox"/> Cada Año		
			<input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces al Mes	<input type="checkbox"/> Cada Mes <input type="checkbox"/> Cada Año		
			<input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces al Mes	<input type="checkbox"/> Cada Mes <input type="checkbox"/> Cada Año		
			<input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> 2 Veces al Mes	<input type="checkbox"/> Cada Mes <input type="checkbox"/> Cada Año		

¿Hay alguien en el hogar que tiene su propio negocio? No Sí ¿Quién? _____
 Nombre del negocio: _____ Años en el negocio: _____

Derechos, Responsabilidades y Firmas

Al anotar mis iniciales en las siguientes provisiones, entiendo que...

_____ Me pueden sancionar y requerir que devuelva cualquier beneficio que mis hijos recibieron si mi información no es verdadera. Las sanciones pueden incluir acciones administrativas, civiles, o criminales contra mi, que incluye el ser enjuiciado.

_____ Doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud y Bienestar colecte, use y divulgue mi información. Entiendo que la información se necesita para poder proveer beneficios o servicios, para obtener pagos por mis beneficios o servicios y para la operación normal del negocio del Departamento.

_____ Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento excepto hasta tal punto en el que el Departamento ya ha usado y divulgado mi información de acuerdo a este consentimiento. Si revoco este consentimiento, el Departamento no puede proveer más beneficios ni servicios.

_____ Entiendo que seré notificado del derecho de apelar las decisiones del Departamento y puedo contactar al Departamento para obtener información sobre el proceso de apelación

_____ He leído y entiendo las opciones de los planes y que tal vez tenga que ser responsable de pagar parte del costo del plan de salud de mi hijo.

_____ Mi firma certifica que el estado de ciudadanía, o inmigración, marcado en la página 2 es correcto de cada niño que está solicitando beneficios.

_____ Cuando se solicitan beneficios para un menor de edad, se debe de abrir un caso para el sostenimiento de un niño, cuando el caso aplique.

_____ Si un tercero es responsable por la enfermedad o el daño de mi hijo, le doy al plan de salud de Idaho cualquier derecho que yo pueda tener, o que pueda adquirir en el futuro, de recibir compensación por ese tercero responsable, por cualquier beneficio médico que reciba para mis hijos

_____ Mi firma, o la firma de mi representante, autoriza a las oficinas del Estado de comunicarse con las compañías de seguro cuando se relacione a la asistencia médica de mi hijo.

_____ Tengo el derecho de escoger a un doctor de cuidado principal de Conexiones Saludables para mis hijos, de pedir referencias para servicios y de cambiar de doctor o clínica si mis circunstancias cambian.

_____ Si determinan que mis hijos son elegibles para un plan de salud de Idaho, yo escojo el plan que está basado en sus necesidades de salud, a menos que le diga lo contrario al trabajador de Auto Suficiencia.

Bajo pena de perjurio, juro o afirmo que la información que proveí es verdadera y completa.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma de Otro Adulto en la Casa

Fecha

Usted ha completado la solicitud y está listo para someterla. Envíe la solicitud a la dirección que aparece al principio de la página 1.